

CHESS ONLINE

on Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen julkaisema tiedotuslehti.

CHESS ONLINE

I • 2004



kuva: Heikki Pääjärvi

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
ryhmäpäällikkö
markku.pekurinen@stakes.fi

Paljon on tehty, mutta mitä on saatu aikaan

■ Suomen terveydenhuoltoa uudistetaan koko ajan pienin ja suurin askelin. On yhdistetty sosiaali- ja terveystoimea ja purettu terveyskeskuksia. Perusterveydenhuollossa on siirrytty väestövastuuseen ja erikoissairaanhoidossa toteutetaan sopimusohjausta. Ennen fuusioitiin aluesairaaloita ja terveyskeskuksia, nyt perustetaan terveydenhuoltoalueita. Säästöjä haetaan ulkoistamalla palveluja ja kilpailuttamalla tuottajia. Päivystystä keskitetään tai hankitaan repufirmoilta. Terveyspalveluita ja sosiaalitoimea parannetaan mittavilla kansallisilla hankkeilla.

Paljon tehdään, mutta mitä saadaan aikaan. Saako väestö paremmin palveluja? Onko potilaalla enemmän valinnanmahdollisuuksia ja sananvaltaa itseään koskeissa päätöksissä? Paraneeko palvelu ja tepsiikö hoito? Kohentuuko väestön terveys ja hyvinvointi? Tehostuuko toiminta ja syntykö säästöjä? Monista uudistuksista on kai pakko todeta, että emme taida tietää. Puuttuu riippumatonta, tutkittua tietoa – ”näppituntuma” uudistusten vaikutuksista ei riitä. Hyvä esimerkki tästä on tapaus Karjaa.

Karjaan kaupunki hankkii perusterveydenhuollon ja vanhusten palvelut pitkäaikaisella sopimuksella Folkhälsanilta. Yleisen käsityksen mukaan kaupungin terveydenhuollon menot ovat sopimuksen vuoksi korkeat. Tutkimus osoittaa luulon vääräksi. Karjaan tarvevaikoidut menot asukasta kohti kääntyivät laskuun sen jälkeen, kun kaupunki ulkoisti palvelut. Tuoreimpien tietojen mukaan menot ovat pääosin maan kuntien keskitasoa. Pääsyy myönteiseen kehitykseen ei liene palvelujen ulkoistaminen sinänsä vaan se, että palvelut toteutetaan yhtenä kokonaisuutena ilman perinteisiä raja-aitoja. Palvelut järjestetään joustavasti kaupungin ja tuottajan yhteisesti sopimien linjausten mukaisesti. Samanaikaisesti toteutetaan määrätietoisesti pitkävaikutteisia rakennejärjestelyjä.

Terveydenhuollon uudistusten vaikutuksista tarvitaan pätevää, riippumatonta ja monipuolista tutkimustietoa tulevaisuutta varten. Analysoimalla huolellisesti edellisten uudistusten tuloksia voidaan ammentaa oppia välttämättömille tuleville uudistuksille ja toteuttaa ne aikaisempaa paremmin, tutkitun tiedon pohjalta.



kuva: Antero Aaltonen

CHESS ONLINE I • 2004 SISÄLLYS

2. Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja Pekka Puska:
Suomi on terveystiedoissa maailman ykkösmaa
4. Uusia keinoja terveydenhuollon rahoitukseen
Jan Klavus
5. Yrityksistäkö ratkaisu lääkäripulaan?
Hennamari Mikkola
Jonot eivät lyhene vain lääkäreitä lisäämällä
Jutta Järvelin
6. Raha ratkaisee myös hammashoidossa
Lien Nguyen
Pitkäaikaishoidon potilasta hoidetaan
lähes kaksi tuntia vuorokaudessa
Juha Laine
7. Ajankohtainen tietopaketti ikääntyneiden palveluista
Anja Noro
8. Tuottavuustiedot muutoksen tukena
Marjo-Riitta Himanen
9. Tulossa laaja julkaisu sairaaloiden tuottavuudesta
Maijaliisa Junnila
10. Terveystaloustieteellinen tutkimus laajenemassa
Tampereella
Pekka Rissanen
11. Suomen terveydenhuollon vaikuttavuus on hyvä
Elias Mossialos
12. Stakes ja kunnat tiiviissä yhteistyössä
Esko Hänninen

teksti ja kuva:
Timo Hujanen

Terveystietojen keräämisessä Suomi on maailman ykkösmaa. Meillä on väestön terveydestä erittäin hyvät seurantajärjestelmät, on paljon suuria ja pieniä tutkimuksia. Suomessa kerätään terveydestä paljon rutiinitietoa, jota hyödynnetään tutkimuksissa kuitenkin liian vähän. Myönteisenä esimerkkinä on hoitoilmoitusrekisteri, arvioi Kansanterveyslaitoksen (KTL) tuore pääjohtaja Pekka Puska perustaen näkemyksensä Maailman Terveysjärjestö WHO:sta saamiinsa kokemuksiin.



Haastateltavana Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja Pekka Puska

Suomi on terveystiedoissa maailman

Pekka Puskan mukaan tutkimuslaitosten tulee pitää enemmän yhteyttä ja ponnistella, jotta tietoa voitaisiin hyödyntää enemmän ja välttää päällekkäisyyksiä.

– Ajoittain keskustellaan tiedon keräämisen pirstaloitumisesta. Mutta elämä on oikeasti niin monimuotoista, ettei tähän ole olemassa yhtä kaunista järjestelmää. Haluttaessa tarkkaa terveystietoa tarvitaan otantatutkimuksia tai erityisen huolella suunniteltuja rekistereitä, toteaa Puska.

Puskan mielestä KTL:ssä on pienelle maalle poikkeuksellisen suuria tutkimusaineistoja, kuten Terveys 2000, Fin-

riski, Tartuntatautirekisteri ja Aikuisväestön terveystietojen keräily. On iso haaste saada kaikki mahdolliset tutkijatahot hyödyntämään näitä aineistoja.

Myönteisellä kehityksellä monta uhkaa

– Monien kroonisten tautien, esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien sekä tupakkasyöpien, aiheuttama kuolleisuus on suuresti vähentynyt. Ruokavalio on pääsääntöisesti parantunut, tupakointi vähentynyt ja vapaa-ajanliikunta on lisääntynyt. Olennaista on, miten tämä myön-

teinen kehitys saadaan jatkumaan, pohtii pääjohtaja Puska. Nämä ovat suuria kysymyksiä sekä suomalaisten terveydelle että KTL:lle tutkimustahona.

– Allergioiden ja astman, diabeteksen, paksusuoli- ja rintasyövän osalta kehitys menee heikompaan suuntaan. Oma suuri kokonaisuu- tensa on mielenterveys. Vakavat mielensisairaudet vähenevät ja lievät mielenterveyshäiriöt lisääntyvät. Nämä muodostavat työkyvyttö- myyden ja työstä poissaolojen keskeisimmän syyn, listaa Puska. Kaik- kien näiden tautien osalta vielä tie-



”On tärkeää puhua riittävästi sairauksien ehkäisystä ja perusterveydenhuollosta, joilla voidaan vähentää sairaanhoidon tarvetta.”

taminen on usein jäänyt liian vähälle. Tartuntatautilanne on nyt varsin hyvä, mutta uhka voi vaania rajan takana ja sellaiseen pitää varautua, tiivistää Puska.

Riskien kustannukset tunnettava

– Terveyspoliittisessa päätöksenteossa on syytä ymmärtää eri tautien kustannukset ja se, mistä kustannukset muodostuvat. Se auttaa päättämään painopisteistä ja suuntaamisesta. Terveyttä uhkaavien riskien kustannukset on tiedettävä. Kun voimavarat ovat rajallisia, on arvioitava, millaisten interventoiden tai hoitojen avulla terveyden edistämässä selvittää huokeimmalla, toteaa Puska.

– Esimerkiksi tupakoinnin kustannukset syntyvät ihmisten sairastuttua. On tärkeää tehdä terveystaloudellisia tutkimuksia siitä, mitä tupakointi oikeasti maksaa yhteiskunnalle, terveydenhuoltojärjestelmälle ja ihmiselle itselleen.

– Terveystaloustieteen kehittäminen on tärkeää ja on hyvä, että Stakesissa on vahva terveystaloustieteen yksikkö. Koska KTL ja Stakes ovat saman ministeriön alaisena, on välttämätöntä tehdä yhteistyötä. Stakes suuntautuu sosiaali- ja terveyspolitiikkaan sekä palvelujärjestelmän makrotalouteen ja Kansanterveyslaitos itse tauteihin ja terveysongelmien riskitekijöihin sekä ehkäisevään lääketieteeseen.

Valistuksen voima on rajallinen

– KTL:llä on vahva asiantuntemus aloilla, joilla se työskentelee ja sillä on hyvät yhteistyöverkostot. Toimimme yhdessä valtakunnallisten ja kunnallisten päätöksentekijöiden ja terveydenhuollon kanssa.

Puskan mukaan KTL:n tehtävänä on toimia asiantuntijana eri yhteyksissä; kansalaisjärjestöt vastaavat usein itse valistuskampanjoista. Se, meneekö terveyden edistämisen viesti kansalaisille asti, voi olla ongelmallista. Valistus puree paremmin hyvin koulutettuihin, mutta valistus on vain yksi keino.

– Rakenteelliset interventiot, joilla pyritään edistämään kansalaisten mahdollisuuksia elää terveesti, ovat usein monta kertaa tehokkaampia keinoja vaikuttaa. Alkoholin hintaan vaikuttaminen on hyvä esimerkki. Mutta hinnan alentaminen lisää terveyteen liittyvää eriarvoisuutta, sillä hinta vaikuttaa erityisesti alemmissa sosiaaliryhmissä. Terveyden edistämisessä pitää aina kysyä, koska on valistuksen tai jonkin muun politiikan paikka, painottaa Puska.

– Viime vuosina julkinen keskustelu on painottunut aika paljon joihiin ja muihin sairaaloiden ongelmiin. On kuitenkin tärkeää puhua riittävästi sairauksien ehkäisystä ja perusterveydenhuollosta, joilla voidaan vähentää sairaanhoidon tarvetta, arvioi Puska. ■

ykkösmäa

detä, miten riskejä voitaisiin välttää.

Puskan mukaan riskitekijöistä ongelmallisimpia ovat alkoholin kulutuksen kasvu, huumeet ja liikalihavuus. Paino-ongelma liittyy päivittäisen liikunnan vähentymiseen ja alkoholin kulutuksen kasvuun. Kansa kasaa lautasille entistä suuremmat annokset ja sokerin kulutus lisääntyy.

– Myös kasvavan ikääntyvän väestön terveys ja toimintakyky on terveystalouden kannalta keskeinen kysymys. Nuorten terveys on haaste, sillä elämän ympäristö on suorituspainainen ja terveystaitojen kasvat-

Uusia keinoja terveydenhuollon rahoitukseen

Terveydenhuollon rahoitus on uusien haasteiden edessä. Erityisillä terveydenhuoltoon suunnatuilla ”korvamerkityillä” veroilla voitaisiin rahoittaa huomattava osa terveydenhuollon menoista. Samalla jouduttaisiin kuitenkin uudenlaisten taloudellisten ja eettisten kysymysten eteen.

Terveydenhuollon menot tulevat todennäköisesti kasvaamaan tulevaisuudessa. Samanaikaisesti erilaiset verotukseen kaavailtavat leikkaukset ja muutokset heikentävät julkisten palvelujen rahoitus pohjaa. Yhtenä ratkaisuna rahoituksen turvaamiseksi on ehdotettu siirtymistä erityisiin terveystalouteen liittyviin korvamerkityihin veroihin.

Esimerkkejä korvamerkityistä veroista ovat haittaverot, kuten alkoholin ja tupakan kulutuksesta kerättävät verot sekä tuloverotuksen yhteydessä kerättävä terveysvero. Tämäntyyppisillä veroilla voitaisiin helposti ohjata lisäresursseja terveydenhuoltoon ja ne olisivat hyväksyttävämpiä kansalaisten silmissä kuin verot, joiden yhteys rahoitettavien palvelujen kanssa ei ole yhtä suoraviivainen. Korvamerkityt verot ovat

kuin alttiita talouden suhdanteissa ja kulutustottumuksissa tapahtuville muutoksille.

Korvamerkittyjen verojen mahdollisuudet

Nykyisin haittaverot, kuten tupakka- ja alkoholiverot, tuotto ohjautuu kokonaan valtiolle, vaikka suuri osa tupakan ja alkoholin aiheuttamien sairauksien kustannuksista koituu kuntien ja sairausvakuutuksen maksettavaksi. Haittaverot tuotto ylittää monin veroin tupakan ja alkoholin kulutuksesta terveydenhuollolle aiheutuvat menot. Jos tupakka- ja alkoholiverot tuotto suunnattaisiin kokonaaisuudessaan terveydenhuoltoon, voitaisiin sillä yksistään rahoittaa noin 20 prosenttia nykyisistä terveydenhuoltomenoista. Tällaisen rahoitus-



kuva: Timo Hujanen

Jan Klavus
tutkimuspäällikkö
CHESS

muodon veropohja olisi kuitenkin varsin kapea ja olisi sekä taloudellisesti että eettisesti arveluttavaa kohdistaa näin suuri osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta yksittäisten hyödykkeiden kuluttajille.

Kunnallisveron yhteydessä perittävällä terveydenhuoltoon korvamerkityllä terveystalouteen voitaisiin kerätä huomattava määrä rahoitusta. Terveystalouden veropohja olisi laaja, eikä se olisi yhtä herkkä taloudessa tapahtuville muutoksille kuin haittaverot. Jos nykyisen kunnallisveron lisäksi asetettaisiin esimerkiksi kahden prosentin suuruinen terveystalouden vero, sen tuotto olisi noin 1,25 miljardia euroa. Se vastaa 13 prosenttia vuoden 2001 terveystalouden menoista.

Jos Suomessa otettaisiin käyttöön erityinen terveystalouden vero, se todennäköisesti kannattaisi toteuttaa nykyistä kuntajakoa laajemmalla alueellisella mallilla esimerkiksi Ruotsin tapaan. Ruotsin järjestelmässä maakunnat rahoittavat terveydenhuoltoa korvamerkityllä tuloverolla. Pienen kunnan sijasta laajempi alueorganisaatio takaisi riittävän, taloudellisesti suhteellisen vakaan ja kustannuksia tasaavan rahoitus pohjan. ■

Lyhennelmä Terveystaloustieteen päivillä 2004 esitetystä artikkelista Klavus J., Pekurinen M., Mikkola H. Verotus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Julkaisussa Mikkola H., Klavus J. (toim.). Terveystaloustiede 2004. Stakes. Aiheita 3/2004. Helsinki, 41–47.

Yrityksistäkö ratkaisu lääkäripulaan?

Suomeen on 2000-luvun alussa syntynyt joukko yrityksiä, jotka mahdollistavat kuntien perusterveydenhuollon avohoitopalvelujen merkittävän ulkoistamisen. CHESsin tutkimushankkeessa seurataan ja arvioidaan julkisten ja yksityisten terveydenhuollon toimintamallien kehitystä ja vaikutuksia Suomessa sekä muissa maissa.

Perinteisesti kilpailu on terveydenhuollossa ollut hyvin vähäistä. Suuremmissa väestökeskuksissa vuokratyöryhdykset kilpailevat aidosti keskenään. Kilpailuttaminen on pakottanut kunnat laskemaan perusterveydenhuoltonsa kustannuksia aikaisempaa tarkemmin, mikä voi kehittää koko perusterveydenhuoltoa jatkossa. Työvoimaa vuokraavien yritysten tulo markkinoille todennäköisesti parantaa myös lääkäreiden työolosuhteita ja pakottaa kunnat uudistamaan perusterveydenhuollon organisoimista ja johtamista. Toisaalta kysyntää yrityksille ei olisi syntynyt, jos kunnat olisivat kyetneet järjestämään tarvittavat palvelut omana toimintanaan.

Jos todellista kilpailua ei ole, pienissä ja syrjäisissä kunnissa vuokralääkärien käyttö voi kas-

vattaa nopeasti kunnan avoterveydenhuollon menoja. Päivystyksen ulkoistaminen lääkäreiden työviihtyvyyden parantamiseksi voi olla lyhyellä aikavälillä myös helppo ratkaisu kunnalle. Se voi kuitenkin vähentää kuntien kannusteita etsiä muita vaihtoehtoisia tapoja järjestää palvelut esimerkiksi kuntien yhteispäivystyksenä.

Tulevaisuus näyttää, syntykö uusia yrityksiä, jotka ottavat hoitaakseen esimerkiksi koko terveyskeskuksen lakisääteisen vastaanottotoiminnan palvelukokonaisuuden. Näin Folkhälsan on jo tehnyt Karjaalla. Tutkimushanke seuraa ja arvioi lähivuosina aktiivisesti toimialan kehitystä, miten yritystoiminta perusterveydenhuollossa kehittyy, kuinka paljon uusia yrityksiä syntyy markkinoille, miten yritykset



kuva: Timo Hujanen

Hennamari Mikkola
erikoistutkija
CHES

vastaavat markkinoiden muutoksiin, fuusioituvatko ja verkostoituvatko yritykset, miten yritysten palveluvalikoima kehittyy ja mitä vaikutuksia toimialalla on koko suomalaisen terveydenhuollon perustalle perusterveydenhuololle. ■

Lyhennelmä Terveystaloustieteenpäivien 2004 aamupäivän keskustelupaperista: Mikkola H., Järvelin J., Pekurinen M., Linnakko E. Uudet yritykset perusterveydenhuollossa – uhka vai kehityskaskel? Julkaisussa Mikkola H., Klavus J. (toim.). Terveystaloustiede 2004. Stakes. Aiheita 3/2004. Helsinki, 13–20.

Jonot eivät lyhene vain lääkäreitä lisäämällä

Taloudellisten kannusteiden suuntaaminen sairaaloille ja lääkäreille näyttäisivät olevan tehokkaampi keino lyhentää jonoja kuin lääkäreiden määrän lisääminen. Esimerkiksi sairaaloissa käytössä oleva hinnoittelutapa vaikuttaa selvästi jonotusajan pituuteen, mutta lääkäreiden määrä ei.

CHESsissä tehdyn tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kysyntä- ja tarjontatekijöiden, kuten lääkäreiden määrän vaikutusta jonotusaikaan. Tutkimuskohteiksi valittiin kolme usein tehtyä ortopedistä toimenpidettä, selän välilevytyräleikkaukset sekä polven ja lonkan tekonivelleikkaukset. Aineisto koottiin Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä, Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokannasta, sairaanhoitopiirin hinnastoista sekä Hennamari Mikkolan väitöskirjaansa varten tekemästä kyselystä. Aineisto sisälsi tietoja 29 sairaalasta vuosilta 1992–98. Lonkan tekonivelleikkauksia koskevassa aineistossa oli 32 sairaalaa.

Ortopedioiden määrä ei lyhentä-

nyt eikä pidentänyt selän välilevytyräleikkauksen, polven ja lonkan tekonivelleikkausten keskimääräistä jonotusaikaa. Sen sijaan toimenpiteen hinnoittelutapa vaikutti tutkituista tekijöistä eniten. Hoitopäivähintaan verrattuna pakettihinnan käyttö lyhensi kaikkien kolmen toimenpiteen keskimääräistä jonotusaikaa ja toimenpide- ja hoitopäivähinnan yhdistelmän käyttö polven tekonivelleikkausten jonotusaikaa.

Mikrokirurgisen leikkaustekniikan käyttöönotto selän välilevytyräleikkauksessa lisäsi selvästi jonotusaikaa. Muut tutkimuksessa käytetyt tarjontatekijät, esimerkiksi leikkausten määrä tai hoitojakson pituus, eivät vaikuttaneet jonotusajan pituuteen. Jos



kuva: Timo Hujanen

Jutta Järvelin
tutkija
CHES

sairaalan toiminta-alueen väestö oli keskimääräistä vähemmän koulutettua, oli jonotusaika selän välilevytyräleikkauksiin keskimääräistä pidempi. ■

Lyhennelmä Terveystaloustieteen päivillä 2004 esitetystä tutkimuksesta Järvelin J., Mikkola H., Keskimäki I. Analyysi sairaalajonoja selvittävästä tekijöistä – vaikuttaako lääkäreiden määrä jonotusaikaan? Julkaisussa Mikkola H., Klavus J. (toim.). Terveystaloustiede 2004. Stakes. Aiheita 3/2004. Helsinki, 35–40.

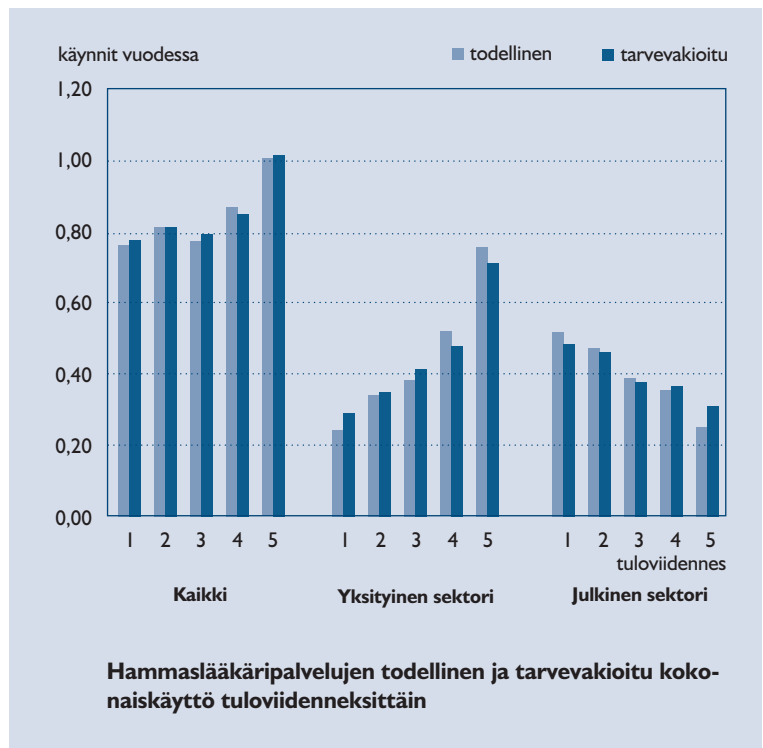
Raha ratkaisee myös hammashoidossa

Suurituloiset käyttävät hammaslääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen enemmän kuin pienituloiset. Suurituloisia suosiva eriarvoisuus kokonaiskäytössä ja hoitoon hakeutumisessa johtuu ennen kaikkea tulotasosta.

Lien Nguyen
tutkija, CHESS

Palvelujen käytön eriarvoisuus on ollut keskeisenä terveystaloustieteellisen tutkimuksen kohteena jo useita vuosia. Kehittyneimmillä menetelmillä pystytään paitsi mittaamaan eriarvoisuuden suuruutta myös arvioimaan sitä, kuinka paljon eri tekijät vaikuttavat eriarvoisuuteen terveyspalvelujen käytössä.¹

Tutkimuksessa tarkasteltiin kuinka tuloluokittaiseen hammaslääkäripalvelujen käyttöön liittyvä tasarvo on toteutunut Suomessa ja mitkä tekijät selittävät käytön eriarvoisuutta. Palvelujen käyttöä on mitattu kokonaiskäyttönä, hoitoon hakeutumisena ja käyntimäärinä. Tiedot pohjaavat vuonna 1996 kerättyyn Kansaneläkelaitoksen ja Stake-sin terveydenhuollon väestötutkimuksen aineistoon.



Pitkäaikaishoidon potilasta hoidetaan lähes kaksi tuntia vuorokaudessa

Vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloissa hoidetaan yhtä potilasta keskimäärin 110 minuuttia vuorokaudessa, mutta välitön hoitoaika vaihtelee suuresti osastojen välillä. Potilaan fyysinen toimintakyky ja kognition taso vaikuttavat hoitoaikaan eniten. Hoitoa saa enemmän, jos osastolla on vähän hoitopaikkoja tai jos henkilökuntaa on enemmän.

CHESSissä tehdyn tutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidon potilaita hoidetaan nyt noin puoli tuntia enemmän vuorokaudessa kuin vuonna 1995. Vähimmillään potilaskohtainen hoitoaika oli osastolla, jolla hoidettiin yhtä potilasta keskimäärin 64 minuuttia vuorokaudessa. Enimmillään keskimääräinen hoitoaika oli osastolla 167 minuuttia. Yksittäisten potilaiden hoitoaikojen vaihtelut olivat vieläkin suurempia. Potilaan hoitoajaksi laskettiin tutkimuksessa kaikki sellaiset työtehtävät, jotka voitiin kohdistaa yksittäiseen potilaaseen.

Potilaan heikko fyysinen toimintakyky ja kognition taso olivat mer-

kittävimmit hoitoaikaan lisäävät tekijät. Sitä vastoin korkea ikä ja kanssakäynnin ongelmat muiden kanssa vähensivät hieman potilaalle kohdennettua työaika. Potilaskohtainen hoitoaika vaihteli myös osaston erityispiirteiden mukaan. Hoitoa sai enemmän, jos hoitopaikkamäärä oli pieni, henkilökuntaa oli enemmän ja työskenneltiin työryhmissä. Toiminnan organisoinnilla voidaan siis vaikuttaa potilaiden saamaan hoitoaikaan ja työajan käyttöön, ja tätä kautta mahdollisesti myös hoidon tuloksellisuuteen.

Aikamittaustutkimus tehtiin 86 Helsingin, Vantaan ja Espoon pitkäaikaishoito-osastossa marraskuussa

Eriarvoisuutta mitataan indeksillä, jossa hammaslääkäripalvelujen käyttö suhteutetaan ikä- ja sukupuolirakenteen, suun terveydentilan, hammasproteesin ja hammas kivun perusteella arvioituun tarpeeseen. Eriarvoisuutta selittävinä tekijöinä käytettiin tulotasoa, koulutusta, työttömyyttä, pelkoa, käyntiaikaa, julkiseen subventioon oikeutettua ikäluokkaa, hammaslääkärimäärää asukasta kohti, terveyskeskushammashoidon tarjontaa kaikille ja kutsua hammastarkastukseen.

Eniten ansaitsevat, kahteen korkeimpaan tuloluokkaan kuuluvat, käyttivät yksityisiä hammaslääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen enemmän kuin muihin tuloluokkiin kuuluvat. Vastaavasti vähiten ansaitsevat, kahteen alimpaan tuloluokkaan kuuluvat, käyttivät julkisia hammaslääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen enemmän kuin muihin tuloluokkiin kuuluvat. Sekä kaikkien käyntien että yksityisen sektorin

hoitoon hakeutuneiden käyntimäärissä ei ollut eroja tulojen suhteen.

Kokonaiskäytön ja yksityishammaslääkäriissäkäyntien eriarvoisuutta selitti tulotason lisäksi hammas tarkastukseen kutsuminen. Julkisella sektorilla kokonaiskäyttö ja hoitoon hakeutuminen johtuivat perimmältään tarpeesta. Julkisen subvention vaikutusta käytön tasa-arvoon pyrittiin arvioimaan ikään perustuvalla muuttujalla, minkä vaikutukset kokonaiskäyttöön ja hoitoon hakeutumiseen olivat pieniä. ■

¹van Doorslaer E, Xander K, Jones A. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe: A decomposition approach. Working paper #5. December: ECuity II Project; 2002.

Lyhennelmä Terveystaloustieteen päivillä 2004 esitetystä tutkimuksesta Nguyen L, Häkkinen U. Eriarvoisuus hammaslääkäripalvelujen käytössä. Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). Terveystaloustiede 2004. Stakes. Aiheita 3/2004. Helsinki, 48–53.

2002. Tutkimus on osa hanketta, jossa ajanmukaistetaan vanhusten pitkäaikaishoitoon tarkoitettua potilasrakennemittaria (RUG-III, Resource Utilization Groups). Tutkimukseen osallistui 2 200 potilasta, 1 031 hoitotyöntekijää, 300 muuta työntekijää ja 1 167 omaista. ■

Lyhennelmä Terveystaloustieteen päivillä 2004 esitetystä tutkimuksesta: Laine J, Noro A, Finne-Soveri UH. Mitkä yksilön ominaisuudet ja osaston piirteet selittävät potilaiden saamaa hoitoaika pitkäaikaishoidossa? Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). Terveystaloustiede 2004. Stakes. Aiheita 3/2004. Helsinki, 29–34.



kuva: Timo Hujanen

Juha Laine
tutkija, CHES

Anja Noro
erikoistutkija, CHES



Uutta luettavaa:

Ajankohtainen tietopaketti ikääntyneiden palveluista

Stakesin uuteen tilastojulkaisuun on koottu keskeiset tilastotiedot ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden kehityksestä, asiakkaiden määristä, palvelujen piirissä olevien osuuksista ikääntyneistä, tietoja henkilöstöstä sekä palvelujen kokonaiskustannuksista. Lisäksi kuvataan ikääntyneiden palvelujärjestelmän kokonaisuutta sekä lainsäädännössä ja yhteiskunnassa tapahtuneita palvelujen kehitykseen mahdollisesti vaikuttaneita muutoksia. Julkaisussa on myös aikasarjoja, joiden avulla voidaan arvioida ikääntyneiden palveluiden kehitystä.

Tietolähteinä on käytetty Tilastokeskuksen Asuinolo- ja Asuntokantatilastoja, Kunnallista henkilörekisteriä, Kuntien toiminta- ja taloustilastoja, Työssäkäyntitilastoa ja Väestötilastoa. Stakesin tilastoista on käytetty Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereitä, Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -hankkeen tietoja, Sosiaalimenotilastoa, Terveystaloustieteen kustannustilastoa, Terveystaloustieteen toimintatilastoa, Yksityiset sosiaalipalvelut -tilastoa sekä SOTKaa. Pitkäaikaishoidossa olevien kunnosta on rekisteritietoja yksityiskohtaisempia tietoja esimerkiksi dementoitumisen asteesta, fyysisestä toimintakyvystä, asiakasrakenteesta sekä diagnooseista. Nämä tiedot on saatu CHESin RAI-hankkeen tuottamista tiedoista.

Julkaisua on ollut ideoimassa sekä ikääntymisen tutkijoita että rekistereihin perehtyneitä ammattilaisia. Näin on saatu koottua varsin laaja kokonaiskuva ikääntymiseen liittyvistä ilmiöistä.

Kirja on tarkoitettu taustatiedoksi tutkijoille, suunnittelijoille ja poliittisille päätöksentekijöille sekä käsikirjaksi kaikille, jotka tarvitsevat perustietoa ikääntyneiden palveluista ja niiden kehityksestä. ■

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002.

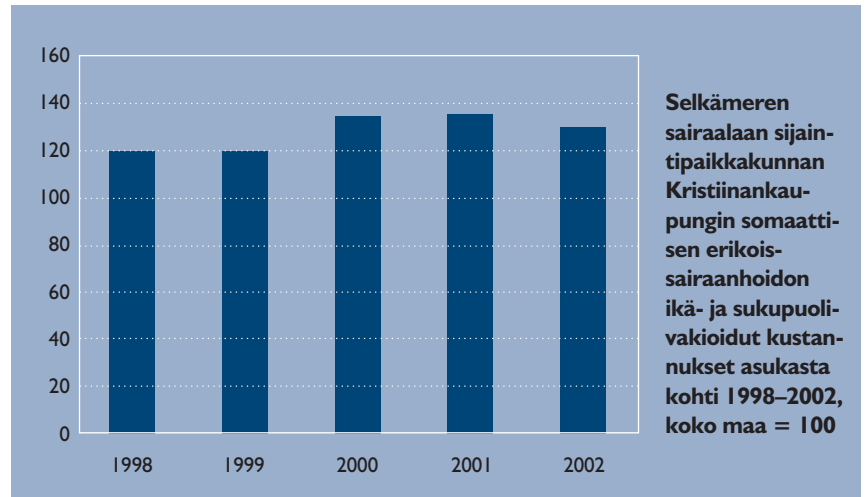
Suomen virallinen tilasto (SVT) Sosiaaliturva 2003: I.

Julkaisun ovat kirjoittaneet Sari Kauppinen, Anne Fors ja Salla Säkkinen Stakesin Tilastot-ryhmästä, Päivi Voutilainen Ikääntyminen ja palvelut -ryhmästä ja Anja Noro CHESistä. Julkaisun voi tilata Stakesin asiakaspalvelusta puh. (09) 3967 2190 ja sen hinta on 23 € (sis. alv).

Tuottavuustiedot muutoksen tukena

Tuottavuustiedot auttavat

selkeyttämään, miten sairaalan toimintaa voidaan parantaa. Selkämeren sairaalan tuottavuuden ja erikoisalakoh- taisten toimintojen arvioinnin seuraukse- na sairaalan taloudellinen tilanne parani, potilaat pääsivät paremmin hoitoon ja henkilökunta sai mahdollisuuksia oman osaamisensa laajentamiseen. Ketään henkilökunnasta ei tarvinnut irtisanoa.



Vaasan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Selkämeren sairaalan lautakunta käynnisti syksyllä 2000 sairaalan toimintaselvityksen, koska käyttäjäkunnat pitivät sairaalaa kalliina. Lisäksi suunnitellun toiminnan ja talouden välillä oli epäsuhta, mikä näkyi erityisen suurena tilinpäätöksen alijäämänä. Tavoitteena oli selvittää perusteellisesti syyt tilanteeseen ja tehdä tarvittavat muutokset sairaalassa. Selvitystyö kattoi konservatiivisen ja operatiivisen toiminnan kokonaisuudessaan.

Selvityksen perustaksi eri erikoisalojen tuottavuutta arvioitiin Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus-tietokannan tietojen avulla sekä tuottajan, Selkämeren sairaalan, että käyttäjien, kuntien, näkökulmasta. Tuottavuustarkastelu koski vuotta 1999.

Tuottavuuden lasku havahdutti

Selkämeren sairaalan tuottavuus oli jonkin verran parempi kuin aluesairaaloissa keskimäärin sekä episodittain hoitajaksotuottavuudella arvioituna, mutta tuottavuus oli laskenut edellisestä vuodesta. Erikoisalakoh- taisten tuottavuuden tarkastelu osoitti, että palvelut olivat kirurgian, naistentautien ja lastentautien erikoisaloilla kalliimpia kuin aluesairaaloissa yleensä. Suurimmat syyt operatiivisen toiminnan heikkoon tuottavuuteen olivat pitkät hoitajaksot, useat avohoitokäynnit samoille potilaille ja kalliit hoitopäivä- ja leikkaushinnat.

Alueellisessa tarkastelussa otettiin huomioon kuntien asukkaiden palvelujen käyttö erikoisaloittain maan kaikissa sairaaloissa. Vertailutiedot osoittivat, että lähes kaikki

sairaalan käyttäjäkunnat maksoivat palveluista enemmän kuin maan kunnat keskimäärin. Suurin osa kuntien palveluista tuotettiin Selkämeren sairaalassa. Tehottomuudesta johtuvat kustannukset tulivat kunnille pitkistä hoitajaksotista, korkeista suorittekustannuksista ja runsaasta käytöstä. Sairaalan sijaintikaupunki Kristiinankaupunki on kärjessä maan erikoissairaanhoidon käyttötilastoissa.

Sisätautien tuottavuus oli Selkämeren sairaalassa parempi kuin aluesairaaloissa yleensä. Käyttäjien kannalta se merkitsi suurempaa määrää palveluja samoilla resursseilla. Alueellisessa tarkastelussa todettiin sama asia kuin operatiivisessa toiminnassa: useimmat käyttäjäkunnat maksoivat palveluistaan keskimääräistä enemmän, mutta syynä oli sekä avohoitokäyntien että hoitopäivien runsas määrä.

Tulokset näyttivät uuden suunnan

Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuusanalyysi ja sen lisäksi tehty erikoisalakoh- taisten toimintaprosessien tarkempi analyysi antoivat

Marjo-Riitta Himanen
johtava ylihoitaja
Selkämeren sairaala



kuva: Markku Auranen

kuvan, mitä Selkämeren sairaalassa tulisi tehdä, jotta sairaala säilyisi toimintakykyisenä erikoissairaanhoidon yksikkönä ja sen olemassaolo olisi turvattu. Uusi toimintamalli rakennettiin yhdessä erikoisalojen edustajien kanssa talvella 2001. Ensimmäiset konkreettiset muutokset pantiin käytäntöön jo saman vuoden heinäkuussa.

Selkämeren sairaalle muutoksesta koituva hyöty on ollut ensisijaisesti taloudellisen tilanteen paraneminen, mikä on luonut uskoa sairaalan käyttäjäkuntiin. Muutoksella saatiin parannusta potilaiden hoitoon pääsyyn ja tasa-arvoisuuteen.

Henkilökunnalle muutos antoi mahdollisuuksia oman osaamisen laajentamiseen uudessa työympäristössä. Aluksi huolena oli työpaikkojen menetys, mutta hyvin nopeasti muutosprosessin kuluessa ymmärrettiin, että tarvittavat henkilöstösäätöt voidaan saada aikaan muullakin tavalla kuin irtisanomisilla. Vuodeosastokapasiteetin supistuessa vapautuva henkilöstö si- joitettiin melkein heidän toiveiden- sa mukaisesti toisen osaston avoi- meen toimeen, vuosilomittajiksi tai yötyön aikahyvitystä varten tarvitta- viin toimiin. Ketään henkilökun- nasta ei tarvinnut irtisanoa.

Muutoksen vaikutusta sairaalan tuottavuuteen ei vielä ole voitu ku- vata kovin tarkasti. Kuntien maksu- osuudet ovat kuitenkin laskeneet ja siten on voitu vastata käyttäjäkun- tien toiveeseen. Palveluprosessi on parantunut osittain myös parantu- neen lääkäritilanteen vuoksi. Sairaalan tuottavuusluvut riippuvat myös vertailusairaaloissa tapahtuvasta ke- hityksestä ja sen vuoksi muutospro- sessin tulee olla jatkuvaa. ■

Lyhennelmä artikkelista, joka ilmestyy Majjaliisa Junnilan toimittamassa kirjassa Sairaaloiden tuottavuus – benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa (Stakes Raportteja 280, 2004).

Tulossa laaja julkaisu sairaaloiden tuottavuudesta

Sairaanhoitopiirien ja Stakesin yhteisen Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -hankkeen tulokset on nyt koottu laajak- si julkaisuksi, jossa raportoidaan sairaaloiden tuottavuuden kehitystä vuosina 1998–2002. Julkaisussa kerrotaan, miten ainutlaatuisen laajaa ja moni- puolista sairaalatoimintaa koskevaa tietoa aineistoa hyödynnetään tuottavuuden vertailussa, hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa sekä sairaaloiden toiminnan suunnittelussa.



kuva: Timo Hujanen

Majjaliisa Junnila
kehittämispäällikkö
Alue- ja kuntapalvelut

Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -hanke käynnistyi vuonna 1997 pilottiluon- teisena ja laajeni vuonna 1998 kattamaan kaikki sairaanhoitopiirit. Hankkeen tavoit- teena on luoda menetelmiä sairaaloiden tuottavuuden mittaamiseen ja vertailuun sekä tun- nuslukuja, joiden avulla sairaaloita ja erikoisaloja voidaan verrata luotettavasti toisiinsa sekä etsiä syitä tuottavuuseroille. Hankkeen tulokset ovat tähän saakka olleet vain yhteistyö- kumppaneiden käytössä. Tämä on ollut perusteltua, koska kehittämishankkeessa aineiston laatua ja luotettavuutta parannetaan jatkuvasti.

Julkaisu koostuu 13 erillisestä artikkelista. Kirjoittajat ovat hankkeen tietoja hyödyntäviä sairaanhoitopiirien asiantuntijoita, Stakesin tutkijoita ja tietokantojen kehittäjiä. Julkaisun en- simmäisessä osassa raportoidaan aineistoa hyödyntävien tuottavuustutkimusten tuloksia ja analysoidaan syitä sairaaloiden tuottavuuden muutoksille. Lukijalle tarjotaan myös perustie- dot tuottavuustietokannan sisällöstä ja keskeisistä käsitteistä. Julkaisu käynnistyy pohdinnal- la, miksi tuottavuustietoja tulisi hyödyntää strategisessa johtamisessa ja suunnittelussa, sekä laajalla englantilaisten sairaaloiden arviointia käsittelevällä artikkelilla.

Toiseen osaan on kerätty sairaaloiden kokemukset tuottavuustietojen hyödyntämisestä ja vertailukehittämisestä. Kahdeksassa artikkelissa valotetaan tuottavuustietojen käyttöä eri näkökulmista. Artikkelit antavat monipuolisen kuvan siitä, miten tuottavuustietoja on hyö- dynnetty ja voidaan hyödyntää sairaalan toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa.

Julkaisu on tarkoitettu kaikille väestön terveyspalvelujen suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuville tahoille ja toimijoille; sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden johtajille ja erikoisalojen ylilääkäreille, terveyskeskusten johtajille, kuntien ylimmälle johdolle, sosiaali- ja terveystoi- men virkamiehille ja luottamushenkilöille, valtionhallinnon päättäjille sekä julkiselle sanalle.

Toivomus on, että julkaisussa raportoidut tuottavuustulokset ja esimerkit niiden hyödyn- tämisestä käytännössä antaisivat oman panoksensa suomalaisen terveydenhuollon kehittä- miselle. Kirja julkaistaan 4. maaliskuuta 2004. ■

Majjaliisa Junnila (toim.). Sairaaloiden tuottavuus – benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes Raportteja 280, 2004.

Terveystaloustieteellinen tutkimus laajenemassa Tampereella

Terveystaloustieteen professuurin perustaminen oli Tampereen yliopiston suunnitelmissa jo lääketieteellisen tiedekunnan alkuajoista lähtien 1970-luvulla, ja lopulta se saatiin vuoden 2002 alussa. Terveystieteen laitokselle perustettu maamme kolmas alan professuuri on määräaikainen.

Tampereen Yliopiston Kansanterveystieteen laitoksella tehtiin alan tutkimustyötä lähes sen alkuajoista saakka 30 vuotta sitten. Muutamat kotimaiset johtavat terveystaloustieteen tutkijatkin ovat työskentelleet laitoksella vuosikymmenten saatossa. Myös terveystaloustieteen perusopetusta on annettu dosenttivoimin jo aiemmin.

Pääosin terveystaloustieteen tutkimusvoimavarat koostuvat tällä hetkellä professorista ja kuudesta päätoimisesta tutkijasta. Neljä tutkijaa toimii pitkäaikaisella tutkijakoulujen ja Suomen Akatemian rahoituksella, kaksi lyhyemmissä projekteissa. Väkeä on saatu hyvin, sillä

Terveystieteen laitos ja erityisesti yliopiston kansantaloustieteen laitos kouluttavat tutkijapotentiaalia, ja Kuopion yliopistosta valmistuneita terveystaloustieteen maistereita on rekrytoitu myös Tampereelle.

Päätoimisten tutkijoiden lisäksi tutkimustyötä tekevät jatko- ja täydennyskoulutuksessa olevat oman työnsä ohessa. Terveystaloustieteen alalta väitöskirjaa valmistelevia pää- tai sivutoimisia tutkijoita on Tampereella yhteensä kymmenkunta. Tutkimuksen johtamisen ja ohjauksen voimavaroja saadaan yliopiston päätoimisten virkojen lisäksi dosenteista, joita Terveystieteen laitoksella on terveystaloustieteen alalla tällä hetkellä kaksi, **Kari Vinni** ja **Markku Pekurinen**.

Lähes kaikki tutkimusrahoitus on kilpailtua

Yliopistotutkimusta ohjaa akateemisen vapauden mukaisesti ennen kaikkea tutkijoiden oma mielenkiinto eri aihealueisiin ja lähestymistapoihin. Tutkimusaiheiden ja lähestymistapojen relevanssi arvioidaan rahoituspäätöksissä, sillä lähes kaikki tamperelaisen terveystaloustieteen tutkimusrahoitus on kilpailtua. Mitään ehdottomia tutkimuksen painopistealueita ei ole, vaan kaikki terveystaloustieteen alaan kuuluvat hankkeet sopivat.

Tällä hetkellä tutkimushankkeet liittyvät taloudelliseen arviointitutkimukseen sekä mikro- että organisaatiossa, palvelujen järjestämisen vaihtoehtoihin, niiden kustannuksiin ja rahoitukseen sekä terveydenhuollon työvoimamarkkinoihin.

Hankekuvauksiin voi tutustua laitoksen kotisivuilla www.uta.fi/laitokset/tsph.

Terveystaloustieteen tutkimushankkeet sijoittuvat Terveystieteen laitoksella toimivaan Terveydenhuoltotutkimusyksikköön. Yksi sen painopistealueista on perusterveydenhuoltoa koskeva tutkimus, jonne myös terveystaloustieteellistä tutkimusta pyritään muiden aihealueiden ohella suuntaamaan.

Tiivistä yhteistyötä kentän toimijoiden kanssa

Tutkimusyhteistyö on käynnistynyt hyvin oman laitoksen sisällä ja lääketieteellisen tiedekunnan eri opialojen kanssa, samoin kuin kansantaloustieteen ja kunnallistieteiden kanssa. Lisäksi paikalliset terveydenhuollon toimijat ovat ottaneet tieteenalan hyvin vastaan. Eri-tyisen hyvin yhteistyö on käynnistynyt Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja alueen terveyskeskusten kanssa.

Terveystaloustieteen perusopetus kohdistuu ennen kaikkea kansanterveystieteen pääaineopiskelijoihin. Opetusohjelmassa on kaksi kurssia: peruskurssi ja menetelmäkurssi. Osa alan opetuksesta on johtamiskoulutukseen liittyvää täydennyskoulutusta. Vaikka tohtorikoulutuksen ja tutkimuksen välillä on vaikea vetää rajaviivoja, voi kuitenkin sanoa, että tieteellinen jatkokoulutus vie tällä hetkellä suurimman osan opetusresursseista. ■

Pekka Rissanen
professori, terveystaloustiede
Terveystieteen laitos
Tampereen yliopisto
pekka.rissanen@uta.fi



kuva: Erkki Karén / Tampereen yliopisto



Elias Mossialos
luennoi Helsingissä
Terveystaloustieteen
keskuksen
CHESS-seminaarissa
marraskuussa 2003.

Suomen terveydenhuollon vaikuttavuus on hyvä

Suomen estettävissä oleva kuolleisuus on EU-maiden alhaisimpia. Estettävissä oleva kuolleisuus tarkoittaa kuolemia 100 000 asukasta kohden niissä kuolemansyissä, joihin oletetaan pystyttävän vaikuttamaan terveydenhuollon avulla. Tämän kuolleisuusluvun on katsottu heijastavan paremmin terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan vaikuttavuutta kuin normaalien kuolleisuuslukujen.

Tässä 12 maata käsittävässä vertailussa alhaisimmat kuolleisuusluvut olivat Ruotsissa ja Ranskassa. Korkeimmat kuolleisuusluvut olivat Isossa-Britanniassa ja Portugalissa. Tutkimustuloksen esitti Elias Mossialos London School of Economics and Political Sciencesta luennoidessaan marraskuussa 2003 Terveystaloustieteen keskuksen CHESS-seminaarissa Helsingissä. Tulokset perustuvat pääosin WHO:n vuoden 1998 aineistoihin. ■



Alkuperäislähde:
Nolte E, McKee M. Measuring the Health of Nations: Analysis of Mortality Amenable to Health Care. *BMJ* Nov 2003; 327, 1129–0.
Saatavissa verkosta osoitteesta www.bmj.com

CHESSin uusimpia julkaisuja koko julkaisuluettelo osoitteessa www.stakes.fi/chess

Finne-Soveri H, Noro A. RAI:n avulla asiakaslähtöiseen ja oikeudenmukaiseen johtamiseen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotyön vuosikirja* 2004. *Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi*. Tammi. Tampere 2003, 133–145.

Finne-Soveri UH. Vanhuslääkinnän haasteet ja yleisimmät yhteisvaikutukset. *Farmasian Päivät. Abstraktikokoelma* 2003, 36–8.

Finne-Soveri UH. Työyhteisö pitkäaikaislaitoksissa. Kirjassa *Hygienian hoivalaitoksissa ja laitoshuoltajan työssä*. Suomen Siivousteknisen liiton julkaisu 2003, 1(15), 1.1–1.2.

Finne-Soveri UH, Noro A. Painehaavat vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa – missä on tehostettava toimintaa. *Haava* 2003, 4, 24–26.

Finne-Soveri UH, Laakso R. Painehaavojen ehkäisyä Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa – käytännön näkökulma. *Haava* 2003, 4, 27.

Häkkinen U. Onko terveydenhuolto kriisissä? *Talous & Yhteiskunta* 1/2003, 31–36.

Järvelin J, Mikkola H, Keskimäki I. Analyysi sairaalajonoja selittävistä tekijöistä – vaikuttaako lääkäreiden määrä jonotusaikaan? Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki, 35–40.

Klavus J, Pekurinen M, Mikkola H. Verotus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki, 41–47.

Koski J, Elonheimo O, Linna M. Työvoimapula perusterveydenhuollon avotoiminnassa – mitä keinoja avuksi? Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki 21–24.

Laine J, Noro A, Finne-Soveri UH. Mitkä yksilön ominaisuudet ja osaston piirteet selittävät potilaiden saamaa hoitoaika pitkäaikaishoidossa? Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki, 29–34.

Mikkola H, Järvelin J, Pekurinen M, Linnakko E. Uudet yritykset perusterveydenhuollossa – uhka vai kehityskas? Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki, 13–20.

Mikkola H, Klavus J (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki.

Nguyen L, Häkkinen U. Eriarvoisuus hammaslääkäripalvelujen käytössä. Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki, 48–53.

Salo H, Pekurinen M, Granlund H, Nuutinen M, Erkkö P, Reitamo S. An Economic Evaluation of Intermittent Cyclosporin A therapy vs. UVAB Phototherapy in the Treatment of Patients with Severe Atopic Dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica* 2003, 83, 1–4.

Salo H, Sintonen H, Linna M, Hovi T, Davidkin I, Kilpi I. Vesirokkorokotteen taloudellinen arviointitutkimus. Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki, 63–67.

Vehniäinen I, Linnosmaa I, Mikkola, Valtonen H. Sairaanhoidopiirien palveluhinnoittelu. Julkaisussa Mikkola H, Klavus J. (toim.). *Terveystaloustiede* 2004. *Stakes. Aiheita* 3/2004. Helsinki, 72–76.

Muuta ajankohtaista Stakesista

Pekurinen M. Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot 1993–2002. *Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä* 9/2003.

Sosiaali- ja terveystaloustieteen 2001.

Suomen virallinen tilasto (SVT) Sosiaaliturva 2003:2.

CHESS järjestää 3. kesäkuuta 2004 seminaarin

”Economic approach to equity in health and health care”

Seminaarissa pohditaan terveyden ja terveydenhuollon eriarvoisuutta taloustieteen näkökulmasta. Ohjelmasta myöhemmin lisää CHESSin kotisivuilla www.stakes.fi/chess

Stakes ja kunnat tiiviissä yhteistyössä

Stakesin ja kuntakentän toimijoiden yhteistyö on laajaa ja monitahoista. Kaikki Suomen kunnat osallistuvat ainakin yhteen Stakesin hankkeeseen tai selvitystyöhön. Vuosina 2000–2003 Stakes toteutti lakisääteisten tilastotuotantonsa ja kuntayhteyksiensä lisäksi yli 90 tutkimus- tai kehittämishanketta. Kunnat ja kuntayhtymät tilasivat Stakesilta yli 50 maksullista asiantuntija- ja konsultointihanketta yleensä tarjouskilpailujen perusteella.

Kunnista noin 90 prosenttia osallistuu vähintään kahteen ja lähes puolet vähintään kolmeen hankkeeseen tai verkostoon. Joka viides kunta on neljässä tai useammassa yhteishankkeessa Stakesin kanssa. Kunta- ja aluesuhteille oli leimallista, että Stakesin asiantuntijat osallistuivat erilaisiin asiantuntija- tai teemaryhmiin parantaen kuntien edellytyksiä selviytyä peruspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Lisäksi Stakesissa toimii erilaisia yhteistyöverkostoja.

Stakesin toteuttamiin yhteishankkeisiin osallistuvat kaikki sairaanhoitopiirit, lukuisa joukko terveyskeskuksia ja sosiaali- ja terveysalan erityispalvelujen tuottajia. Myös monet maakuntien liitot osallistuvat Stakesin tietoteknologiahankkeisiin tai käyttävät Stakesin asiantuntijoita hyvinvointipoliittisten ohjelmien valmistelussa.

Palveluinnovaatiota ja uusia yhteistyömuotoja

Stakesissa on runsaasti tietoa ja osaamista uusista innovaatioista, joita voidaan hyödyntää suomalaisten hyvinvointipalvelujen kehittämisessä. Stakesin kansainvälisten yhteyksien avulla on voitu tehdä tunnetuksi Suomessa monia uusia yhteistyömalleja. Erinomaisia esimerkkejä ovat muun muassa mielenterveyskuntoutujien klubitalo-malli, joka on vakiintunut Suomessa 20 klu-

bitalon verkostoksi, sekä sosiaalisten yritysten liiketoimintaidean tutkiminen eri maissa ja saatujen kokemusten hyödyntäminen.

Stakesissa kuntayhteyksiä koordinoi vuoden 2003 alussa perustettu Alue- ja kunta palvelut -yksikkö. Se välittää Stakesin monipuolista asiantuntemusta kuntien tarpeisiin maksullisina konsulttipalveluina. Yksikön Kunta palvelut-ryhmä toimii näkyvästi kuntien ja alueellisten toimijoiden suuntaan osallistumalla konsultointi- ja asiantuntijapalvelujen tarjouskilpailuihin ja toteuttamalla sovittuja hankkeita. Luettelo Kunta palvelut-ryhmän toteuttamista toimeksiantoista on yksikön kotisivuilla www.stakes.fi/alue.

Stakes on kehittänyt sairaanhoitopiirien kanssa vuodesta 1998 lähtien hoitotoiminnan tuottavuuden arvioinnin, seurannan ja vertailukehittämisen työvälineitä ja tietosisältöjä. Tätä erikoissairaanhoitosta käynnistynyttä benchmarking-hanketta on asteittain laajennettu perusterveydenhuoltoon. Tämä avaa uudenlaiset mahdollisuudet alueiden ja sairaaloiden väliselle vertailulle. Hankkeessa CHESSin tehtävänä on tietokannan kehittäminen ja aineistoa hyödyntävä tutkimus, Kunta palvelut-ryhmä hallinnoi hanketta ja opastaa sairaaloita tuottavuustietojen hyödyntämisessä. ■

Lisätietoja:
esko.hanninen@stakes.fi ja majaliisa.junnila@stakes.fi



kuva: Kari Auvinen

Esko Hanninen
johtaja, Alue- ja kunta palvelut

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet:
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Ryhmäpäällikkö

Markku Pekurinen, dos., DPhil
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2630; 050 367 0841

Ryhmän sihteeri

Eija Utriainen, KM, erh
projektsihteeri, (09) 3967 2629; 050 339 9502

Harriet Finne-Soveri, LT, geriatrian erikoislääkäri
erikoistutkija, (09) 3967 2299

Timo Hujanen, TtM (terveystaloustiede), esh
tutkija, (09) 3967 2656

Unto Häkkinen, dos., FT, MSc (Health Economics)
tutkimusprofessori, (09) 3967 2327; 050 358 1141

Tarja Ikonen, TtM (hoitotiede)
tutkija, (09) 3967 2249

Majaliisa Junnila, TtM
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2631; 050 367 0842

Iiris Juvonen, VM, datanomi
atk-suunnittelija, (09) 3967 2305

Jutta Järvelin, LL, MSc (Health Economics)
tutkija, (09) 3967 2254

Satu Kerppilä, VTK
atk-suunnittelija, (09) 3967 2262

Jan Klavus, dos., VTT (kansantaloustiede)
tutkimuspäällikkö, (09) 3967 2634

Juha Laine, VTM (sosiaalipolitiikka)
tutkija, (09) 3967 2303

Miika Linna, dos., TkT
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2295; 050 325 9678

Kaija Lindman, esh
suunnittelija, (09) 3967 2310

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2267

Lien Nguyen, VTM (kansantaloustiede)
tutkija, (09) 3967 2466

Anja Noro, THT
erikoistutkija, (09) 3967 2253; 040 545 2276

Aune Raute, VHTT, talousvastaava
projektsihteeri, (09) 3967 2289

Gunnar Rosenqvist, tilastotieteen professori
tilastotieteen asiantuntija, (09) 3967 2280

Marianna Ryymin, HSO
projektsihteeri (09) 3967 2435

Eija Teitto, KTM, tkt:n opiskelija
atk-suunnittelija, (09) 3967 2458

CHESS ONLINE

ISSN 1459-2339

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:
www.stakes.fi/chess/CHESSONLINE.htm

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
Terveystaloustieteen keskus – CHESS

Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki

puh. (09) 396 71

www.stakes.fi/chess

Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHESS

Taitto ja layout

Workshop Päiviä Oy / Heikki Päiviä

Paino

Pekan Offset Oy Kirjapaino
Painos 2 500 kpl